Man pränumerirt
für das österreichische Kaiserreich nur im
Redactions-Bureau
Wien, Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761,
und bei allen k. k. Postämtern,
für die ausserösterreichischen Staaten bei
E. F. Steinacker in Leipzig.

Jeden Freitag erscheint eine Nummer.



Der Pränumerationspreis ist
für Oesterreich sammt der Postzusendung:
ganzjährig 8 fl., — halbjährig 4 fl.,
vierteljährig 2 fl. C. M.,
für die ausserösterreichischen Staaten auf
dem Wege des Buchhandels:
ganzjährig 5 Thlr., halbjährig 2 1/2 Thlr
Inserate 6 kr. (2 Sgr.) pr. 3spalt. Petitzeile.
Geldsendungen erbittet man franco.

Oesterreichische Zeitschrift für PRACTISCHE HEILKUNDE.

Herausgegeben vom
Doctoren-Collegium der medicinischen Facultät in Wien.
Hauptredacteur: **Dr. Jos. Joh. Knolz.** Mitredacteur: **Dr. G. Preyss.**

IV. Jahrgang. *Wien, den 31. December 1858.* **No. 53.**

Schlusswort des Haupt-Redacteurs.

Mit diesem Blatte schliesse ich als Hauptredacteur den vierten Jahrgang dieser Zeitschrift und glaube nach dem Wortlaut der von mir in der abgehaltenen wissenschaftlichen Plenarversammlung vom 12. November d. J. laut Beilage XIII ad Nro. 46 dieses Journals erstatteten Aeusserung meinen Rücktritt von der Hauptredaction genügend motivirt, und somit das mir vorgesteckte Ziel „dieses literarische Unternehmen als den Ausfluss der wissenschaftlichen Thätigkeit des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums durch Förderung der practischen Heilkunde im Interesse der Wissenschaft und der leidenden Menschheit zeitgemäss ins Leben zu rufen und für die Zukunft zu consolidiren“ erreicht zu haben, wobei ich mir nur noch als sichere Bürgschaft für das fernere Gedeihen desselben den Umstand anzuführen erlaube, dass durch meinen Austritt die Redaction nur eine theilweise Aenderung erleidet, indem unter der fortdauernden Mitredaction des um diese Zeitschrift bereits verdienten und erfahrnen Herrn Dr. Georg Preyss mit Beihilfe des mit den neuerlichen Fortschritten unserer Wissenschaft sehr wohl vertrauten Herrn Primararztes Dr. Ferdinand Dinstl diese Zeitschrift ohne wesentliche Veränderung in Bezug auf die Tendenz laut des angeschlossenen Prospectus fortgesetzt und sogestaltet auch den jüngsten beachtenswerthen Fortschritten die vollste Rechnung getragen werden wird.

Indem ich mit diesen wenigen Worten dieses Feld meines literarischen Bestrebens verlasse, erfülle ich zugleich die Pflicht, denjenigen verehrten Herren, welche durch gehaltvolle Aufsätze oder durch briefliche Notizen das Gedeihen dieser Blätter förderten, meinen aufrichtigsten und tief gefühlten Dank zu sagen!

Empfangen auch endlich Sie alle, die durch freundliche Aufnahme und nachsichtige Beurtheilung das unter schwierigen Verhältnissen meiner Leitung anvertraute Unternehmen auf das Kraftvollste unterstützten, meinen herzlichsten Dank, und erhalten Sie auch der Fortsetzung desselben Ihre geneigten und wohlwollenden Gesinnungen.

Wien, am 30. December 1858. Dr. Joseph Johann Knolz,
k. k. n. ö. Regierungsrath und emer. Protomedicus.

I. Original-Abhandlungen aus sämmtlichen Zweigen der Heilkunde.

Bruch des Unterkiefers in der Symphyse durch Explosion eines blinden Pistolenschusses im Munde bei einem Selbstmordversuche.

Von
Professor Dr. W. Linhart in Würzburg.

Ein junger Mann von 25 Jahren, G. B., dem Beamtenstande angehörig, wollte sich durch einen Pistolenschuss das Leben nehmen. Er lud ein Terzerol mit einer kleinen Kugel und schoss diese gegen die Stirne ab; wahrscheinlich neigte er dabei den Kopf stark nach rückwärts, denn die Kugel drang nicht ein, sondern glitt am Stirnbein vorbei und trennte blos die weichen Schädeldecken und das Periost in der Ausdehnung von mehreren Zollen. Um sein Vorhaben dennoch auszuführen, lud er nochmals, diesmal aber blind, da er keine Kugel mehr hatte, brachte

den Lauf der Waffe in den Mund und feuerte nun ab. Die Explosion betäubte den Verletzten etwas und die herbeigeeilten Leute schafften den Unglücklichen sofort in das Juliusspital, den 2. August 1858. An der Stirne war eine etwas geschlängelte, über 4 Zoll lange Wunde, die wenig klaffte und gar nicht blutete (der Kranke hatte einen von vorne nach hinten zusammengedrückten, zuckerhutähnlichen Schädel, daher eine ungewöhnlich hohe, steil aufsteigende Stirne). Die Ränder waren gewulstet und sowie der Boden der Wunde vom Pulver geschwärzt. Die weichen Schädeldecken waren etwa 2 Zoll weit von dem Knochen abgelöst; dieser lag in der Wunde frei d. h. über 4 Zoll in der Länge und 2 Zoll in der Breite vom Periost entblösst und vom Pulver schwarz gefärbt. Diese ganze Verletzung zeigte kaum Spuren von Reaction. Die beiden Lippen waren stark geschwollen, die Mundwinkel beiderseits eingerissen, rechts etwa 1 Zoll; links $^1/_2$ Zoll weit, diese Wunden waren, als ich den Kranken sah, durch einige Knopfnähte vereinigt; das Oeffnen des Mundes machte dem Kranken ungewöhnlich viel Schmerz. Aus dem Munde floss eine grosse Menge Speichels, die Mundhöhle selbst war voll schwärzlichen Schleims und Blutes. Die Respiration stertorös, der Kranke konnte nicht sprechen und nur mit bedeutenden Schmerzen und unter heftigen Verzerrungen der Gesichtsmuskeln schlingen. Nachdem die Mundhöhle bei vorgeneigtem Kopfe mit kaltem Wasser ausgespritzt und gereinigt war, wurde die nähere Untersuchung derselben vorgenommen. Bei vorsichtigem Abziehen der Unterlippe zeigte sich das Zahnfleisch sammt der Schleimhaut in der Breite mehr als einen Zoll bis über den Alveolarfortsatz herabgelöst, und man sah deutlich einen Bruch durch die Symphyse des Unterkiefers. Die beiden Seitenhälften dieses Knochens bewegten sich frei, d. h. jede für sich, so dass die Bruchränder aneinander vorbeiglitten, wenn der Kranke Schling- und Sprechbewegungen machte. Grössere Bewegungen des Kiefers aber, z. B. Oeffnen des Mundes geschahen mit beiden Kieferhälften zugleich, wobei nur eine kleine Beweglichkeit an den Bruchrändern erkennbar war. Passive Bewegungen zeigten eine sehr leichte Beweglichkeit an der Bruchstelle, aber keine grosse Excursionsfähigkeit der Fragmente. Dieses und die kaum merkliche Verschiebung (denn es stand nur der rechte innere Schneidezahn etwa 1 $^1/_2$ L. weiter in die Mundhöhle hinein als der linke) liessen auf völlige Integrität aller Muskelinsertionen, namentlich auch des *M. mylohyoideus* schliessen. Die inneren Schneidezähne, zwischen welchen der Bruch herablief, standen vollkommen fest in ihren Alveolen. An der hintern, der grossen Mundhöhle zugewendeten Fläche des Kiefers war die Schleimhaut eingerissen, aber so geschwollen, dass man die Knochen-Oberflächen nicht genau fühlen konnte. Die Untersuchung mit der Sonde zeigte die Bruchflächen der Kiefersymphyse durchgehends eben, beinahe vollkommen quer, als wäre der Kiefer mitten durch seine Symphyse durchgesägt worden. Die mittleren Schneidezähne des Oberkiefers zeigten eine schräg nach vorne gerichtete Bruchfläche, wahrscheinlich durch den Lauf des Terzerols hervorgerufen, welches während seines Rückstosses beim Explodiren durch den Patienten am Griffe niedergedrückt und so hebelartig

wirkend mit dem Laufe die Zähne abbrach. Die gegebene Erklärungsweise scheint mir plausibler, als die Annahme, dass dieses schräge Abbrechen der Zähne von hinten und unten nach vorn und oben durch die Explosion selbst entstanden sein möchte, zumal als nur die zwei grossen Schneidezähne in der Art gebrochen waren. Die Zunge war etwas geschwollen und schwarz belegt; der weiche Gaumen zeigte einige geschwärzte unregelmässige Risswunden an der Verbindung mit dem harten Gaumen. Wegen der grossen Schwellung der Mundparthien und der Schmerzhaftigkeit beim Abziehen des Unterkiefers, sowie auch der starken Exspirationen wegen, welche jede vor dem Mund gehaltene Flamme auslöschten, musste die genauere Untersuchung der Fauces mit dem Finger vorgenommen werden. Ich fand dabei den freien Rand des Gaumensegels, des Zäpfchens und der Mandeln unversehrt; dagegen an der hintern Pharynxwand einige Einrisse. Der gänzliche Mangel von Emphysem in der Halsgegend liess mich vermuthen, dass keine penetrirenden Risswunden des Oesophagus und der Trachea vorhanden seien.

Die Functionen des Gehirnes, der Lungen, des Herzens, der Unterleibsorgane zeigten keine Anomalie.

Die Stirnwunde wurde begreiflicherweise nicht genäht, da sowohl die Ränder als die Wundflächen gequetscht und zertrümmert für eine Vereinigung *p. pr. int.* nicht geeignet waren. Auch wurden deshalb keine Heftpflaster zur Erzielung einer Flächenvereinigung angelegt. Die Wunde blieb ganz offen und wurde sowie der ganze Vorderkopf und der Scheitel mit kalten Ueberschlägen bedeckt. Der Verlauf der Kopfwunde und der Wunden in den Weichtheilen bot gar nichts Ungewöhnliches dar. Am 4. und 5. August wurden die Hefte an den Mundwinkeln entfernt. Die Wunden waren *p. pr. int.* geheilt. In den ersten Tagen nahm natürlich die entzündliche Schwellung der Gebilde der Mundhöhle mit der eintretenden Reaction (Fieber) zu und damit auch die Respirationsbeschwerden. Es wurde daher in dem Krankensaale der Instrumenten-Apparat zur Tracheotomie hergerichtet, um im Falle plötzlich eintretender Erstickungsgefahr durch *Oedema glottidis* sogleich die Operation vornehmen zu können. Glücklicher Weise kamen wir nicht in die Lage, davon Gebrauch machen zu müssen. Was nun den Unterkieferbruch betrifft, so war der Verlauf folgender: Die absolute Beweglichkeit an der Bruchstelle blieb so lange, bis die Weichtheile, das Zahnfleisch sammt den Muskeln des Kinnes angewachsen waren. Dies erfolgte allmälig, so dass nach 10 bis 12 Tagen die Excursionsfähigkeit der Bruchstücke eine etwas geringere war.

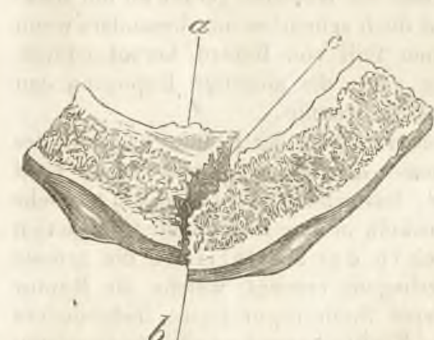
Anfangs legte ich gar keinen Verband an, später ein zusammengelegtes Tuch nach Art einer Knieschleuder um die grössern Bewegungen des Kiefers einzuschränken und dadurch Zerrungen zu vermeiden. Als die entzündlichen Erscheinungen in den Weichtheilen des Mundes geschwunden waren, legte ich eine aus Caoutschouk-Bändern bereiteten gut anliegenden unverschiebbaren mit Schnallen versehenen Halfter an, die ich aber schon am 26. August entfernen musste, da sich unter dem Kinne ein Abscess zu bilden begann, der am 27. schon geöffnet wurde, und aus welchem sich etwa 1 Esslöffel voll Eiter entleerte. Die Abscesshöhle wurde fleissig gereinigt, sowie

auch die Stirnwunde vom Augenblicke an, wo sich Eiterung zeigte, mit warmer Fommentation behandelt. Allmälig verkleinerte sich die Abscesshöhle und schloss sich endlich. Die Festigkeit des gebrochenen Kiefers nahm allmälig zu, so dass Anfangs October Patient nur noch beim Gähnen ein Knacken an der Bruchstelle verspürte, das Kauen mit den Mahlzähnen ging vollkommen normal von Statten, bei passiven Bewegungen war noch eine ganz geringe Beweglichkeit vorhanden.

Die oben erwähnte Verschiebung des rechten Fragmentes nach rückwärts, so dass der rechte innere Schneide-Zahn etwa $1\frac{1}{2}$ Linien hinter dem linken stand, blieb während des ganzen Verlaufes der Krankheit dieselbe. Nur das Einzige war auch später, als bereits Verbindungen in den umgebenden Weichtheilen da waren, zu bemerken, dass, wenn der Kranke die Zähne des Ober- und Unterkiefers an einander drückte, die Schneidezähne des Letzteren sich nebeneinander stellten, d. h. der rechte ging etwas vor, und es entstand zwischen beiden Zähnen ein Zwischenraum, sowie der Pat. aber den Mund öffnete, näherte sich der rechte innere Schneidezahn dem linken und stellte sich hinter ihn, und zwar um so stärker, je mehr der Mund geöffnet wurde. Bei dieser geringen Dislocation hielt ich es nicht für angezeigt, durch lästige klammerartige Maschinen oder gar durch Zusammenbinden der Zähne der Verschiebung entgegenzuwirken. Die Wunden am Gaumen und im Rachen waren schon Ende September vollkommen geheilt, und man sah mehrere, sternförmig von einer dickeren Narbe, die sich beiläufig in der Mitte des hintern Randes des harten Gaumens befand (resp. an der Grenze des harten und weichen Gaumens), auslaufende weissliche Narben. An verschiedenen Stellen des Gaumensegels waren schwarze Puncte zu sehen, namentlich in der Nähe der Narben; sie rührten von den in die Schleimhaut eingedrungenen, unverbrannten Pulverkörnern her. Die Stirnwunde war Anfangs October nur mehr 1 Zoll gross, lebhaft granulirend, wenig Eiter absondernd. Die Abscessöffnung unter dem Kinn noch nicht geschlossen. Am 6. October stiess sich vom linken Bruchrande und zwar von der Alveole des innersten Schneidezahnes ein etwa 3 Linien langes, $1\frac{1}{2}$ Linien breites necrotisches Knochenstückchen ab. Einige Tage nach der Losstossung wurde dieser Schneidezahn beweglich. Die Festigkeit an der Bruchstelle nahm zu. Den 30. October verliess Patient das Hospital. Die Stirnwunde war vollkommen vernarbt, ebenso die Abscessöffnung. Der Knochenbruch war so weit fest, dass Patient alle Bewegungen, selbst das Kauen, vollständig vornehmen konnte. Bei starker Abduction des Kiefers bemerkt man jedoch an den beiden innern Schneidezähnen eine ganz unbedeutende, wenn man aber den Kiefer mit den Fingern erfasst und Bewegungen mit den Bruchstücken machen will, so zeigt sich keine bemerkbare Beweglichkeit. Der linke mittlere Schneidezahn ist beweglich, am innern Theile seines Halses, da wo sich das necrotische Stückchen des Alveolarfortsatzes abstiess, entblösst. Die oben angegebene Dislocation, vermöge welcher der rechte innere Schneidezahn etwas weiter rückwärts steht, als der linke, nämlich das Einwärtsgewichensein des rechten Fragmentes besteht in gewissem Grade fort und ist natürlich bleibend. Es wurde

dem Kranken empfohlen, sich nach längerer Zeit wieder zur Untersuchung zu stellen.

Mir ist bis jetzt nur ein einziger Fall bekannt geworden, wo durch Explosion eines blindgeladenen Pistols der Unterkiefer in der Symphyse brach, und zwar von Bérard. Malgaigne erzählt wohl noch einen Fall von Hornu, wo auch der Unterkiefer durch die Explosion eines Schusses im Munde zerbrach, allein hier ist nicht die Stelle angegeben, an welcher der Knochen zerbrach; zudem war auch das Pistol scharf geladen, die Kugel ging durch den harten Gaumen und von da aus waren Oberkiefer, Nasenbeine etc. gebrochen. Dieser Fall scheint mir daher nicht so rein, denn es ist wahrscheinlich, dass der Bruch der oberen Gesichtsknochen nicht so sehr durch die Explosion des Gases, als vielmehr durch die Kugel entstand. — So interessant dieser seltene Fall nach allen seinen Seiten ist, so bleibt doch die Aetiologie immerhin das Interessanteste. Dass die Explosion des blinden Schusses die einzige Schädlichkeit war, die hier einwirkte, ist gewiss; es fragt sich nun: finden wir am Kinn ein disponirendes Moment, das bei der allseitigen Ausdehnung des Gases die Trennung gerade in der *Symphysis menti* erklären könnte? In dieser Beziehung drängt sich vor Allem die Frage zur Beantwortung auf, ob man zur Annahme berechtigt ist, dass in diesem Falle die Kiefersymphyse nicht verknöchert gewesen sei. Mir ist bis jetzt kein Fall bekannt geworden, wo die Kiefersymphyse in einem Alter, wie das unseres Patienten, nicht verknöchert gewesen wäre, obwohl ich in Leichen von Kindern mit einem Jahre unvereinigte (d. h. nicht verknöcherte) Symphysen fand. Gesetzt aber es wäre der Fall überhaupt möglich, so müsste ich bei dem in Rede stehenden Krankheitsfalle doch gegen die genannte Annahme stimmen, und zwar deshalb, weil die Trennungsfläche nicht senkrecht auf die Dicke des Knochens stand, sondern derart abgebogen war, dass sie etwa von der Mitte der schwammigen Substanz so schräge nach links und hinten ging, dass der eigentliche Kinnstachel sammt den Muskelinsertionen (*geniohyoidei* und *genioglossi*) am rechten Fragmente blieb.



Ein unterhalb des Alveolarfortsatzes quer durchsägter Unterkiefer.

a) *Spina mentalis interna*,
b) *Spina mentalis externa*,
c) der Bruch, wie er in unserem Falle verlief.

Nachdem die Geschwulst des Zahnfleisches und der Schleimhaut der Mundhöhle verschwunden war, liess sich die eben beschriebene Gestalt und Richtung der Bruchfläche leicht erkennen, indem man an der hintern Fläche des Kinnes den etwas abstehenden scharfen Bruchrand fühlen und durch passive Bewegungen der beiden Kieferhälften sich über die Richtung und Form der Bruchfläche genau unterrichten konnte. Diese Richtung der Bruchflächen er-

klärt auch die so constante Dislocation der Bruchenden nämlich die, dass die beiden innern Schneidezähne nicht in einer und derselben senkrechten Ebene standen, sondern der rechte weiter rückwärts, und etwas mehr an die Mittellinie hergerückt erschien, mit einem Worte, dass der rechte innere Schneidezahn etwas hinter den linken rückte. Da der Kinnstachel in Verbindung mit dem rechten Fragmente war, so mussten die *Musc. genioglossi* und *geniohyoidei* schon durch ihre Elasticität, begünstigt durch die Richtung der Bruchfläche das Bruchende nach hinten ziehen, was begreiflicher Weise der übrigen Verbindungen des Kiefers wegen nicht anders geschehen konnte, als dass das rechte Fragment auch etwas nach links rückte, so dass der hintere scharfe Bruchrand über den entsprechenden stumpfkantigen Bruchrand des linken Fragments hinausstand.

Dass bei activen Contractionen, wie beim Hervorstrecken der Zunge diese oben beschriebene Dislocation nicht bedeutend vermehrt, sowie auch der Umstand, dass die Bruchstücke gleich Anfangs keine grosse Excursionsfähigkeit, wie schon in der Kranken-Geschichte angegeben wurde, zeigten, lässt sich aus dem Zusammenhange des *M. mylohyoideus* erklären.

Eine weitere Frage in Betreff der Aetiologie unseres Falles ist die, ob der Unterkiefer in der Mitte leichter zerbrechlich ist. In dieser Beziehung zeigt die Betrachtung an Durchschnitten, dass unterhalb des Alveolarfortsatzes, also im Niveau der *Spina mentalis*, nicht nur der Knochen den grössten Dickedurchmesser hat, sondern auch dass die compacten Tafeln besonders die hintern weit dicker und derber sind, als an allen Stellen des Unterkiefers. Dieser anatomische Befund hat sogar den grossen Boyer zur Behauptung verleitet, dass Kinnbrüche d. h. Medianbrüche überhaupt nicht vorkämen. Dass diese Behauptung unrichtig ist, darüber sind alle Chirurgen einig, aber wahr ist es, dass die Brüche des Unterkiefers in der Mittellinie überhaupt selten sind. Es ist also auch im anatomischen Bau des Unterkiefers kein Grund zu finden, warum bei der verhältnissmässig geringen Zerreissung der Weichtheile des Mundes der Knochen gerade an der dicksten Stelle brach, und doch scheint es mir, besonders wenn ich den ganz gleichen Fall von Bérard berücksichtige, nicht so ganz zufällig, dass die allseitige Explosion den Kiefer gerade in der Mitte trennte.

Wenn man bedenkt, dass der Kranke während des Abfeuerns des Schusses den Mund, soweit es der Lauf des Pistols erlaubte, fest schloss, so hat er um so mehr sämmtliche Kiefermuskeln in eine bedeutende Contraction versetzt und dadurch in der Mittellinie die grösste Spannung des Kieferbogens erzeugt, welche die Ruptur des Knochens an dieser Stelle begünstigte, insbesondere sind hier die für ihre Kraftäusserung so günstig inserirten *Digastrici maxillae inferioris* zu berücktichtigen, welche zu gleicher Zeit wirkend einen Zug üben, der das Kinn flach zu strecken sucht. Mir scheint dieser Umstand auch bei directen Brüchen am Kinn als momentan disponirender Moment eine grosse Rolle zu spielen. Wenn man bedenkt, dass der Hufschlag eines Pferdes, ein heftiger Fall auf das Kinn in den meisten Fällen einen Bruch des Gelenkfortsatzes oder einen Bruch des knöchernen Gehörganges hervorbringt, während wieder Fälle bekannt sind, wo ein nicht zu bedeutender Faustschlag auf das Kinn einen Bruch in der Mitte erzeugte, so wird man leicht zur Annahme gezwungen, dass im letzteren Falle im Augenblicke des Schlages die oben beschriebene Spannung des Knochenbogens ein höchst wichtiges Moment für die Entstehung der Fractur ist.

Ja ich glaube, dass bei allen Knochenbrüchen durch Gegenstoss, selbst auch bei vielen directen Brüchen, die jeweilige Contraction einer Muskelgruppe als disponirendes Moment für die Oertlichkeit des Bruches eine höchst wichtige Rolle spielt. Wie wäre es sonst denkbar, dass bei einem und demselben Falle z. B. auf die gestreckten Beine der Eine das *Collum femoris*, der Zweite die Diaphyse dieses Knochens, der Dritte die Tibia, der Vierte das Fersenbein bricht etc.? Welche wichtige Rolle die Muskeln bei der Entstehung der Fracturen spielen, sehen wir an den Querbrüchen der Patella, des Olecranons des *processus coronoideus ulnae etc.* Können diese Knochen durch die Action der Muskeln allein zerrissen werden, so ist es auch wahrscheinlich, dass die Kiefermuskeln resp. *digastrici* eine solche Spannung bewirken, welche die Ruptur an der bezeichneten Stelle begünstigt.

Schliesslich müssen wir noch einer Erscheinung erwähnen, welche mit der Wirkung der *Musc. digastrici* zusammenhängt. Oben in der Kranken-Geschichte haben wir bemerkt, dass lange Zeit während des Verlaufes der Krankheit beim Oeffnen des Mundes sich die beiden mittleren Schneidezähne näher rückten, ja der rechte mit seinem hintern Rande hinter dem linken stellte; sowie aber der Kranke die Zähne des Unterkiefers an die des Oberkiefers anstemmte, so entfernte sich der rechte Schneidezahn etwas nach Aussen. Dies entspricht der Wirkung der Biventer. Wenn diese sich zusammenzogen (beim Oeffnen des Mundes oder Abziehen des Unterkiefers), so zog jeder seine Insertionsstelle am untern Rande des Kiefers auswärts von der Mittellinie; dadurch klaffte der Bruch unten, und weil nach hinten zu die Schleimhaut, *Mylohyoideus*, *fasciae etc.* die Fragmente doch etwas zusammenhielten, mussten hebelartig die Alveolarfortsätze an der Bruchstelle gegen die Mittellinie gehen; wäre der Bruch nicht in der oben angegebenen Weise schräge auf die Dicke des Knochens gegangen und der rechte Alveolarfortsatz etwas rückwärts gestanden, so wären höchstens die innern Schneidezähne an einander gedrückt worden, so aber konnten sie leicht in der Art verschoben werden, dass der linke zum Theil den rechten bedecken konnte, wenn der Kiefer stark abgezogen wurde. Vielleicht war diese Erscheinung beim Oeffnen des Mundes auch noch dadurch mit bewirkt, dass die Kinnstachelmuskel, *genioglossus* und *geniohyoideus*, beim Abziehen des Kiefers etwas gedehnt, blos durch passiven Widerstand das rechte Fragment rückwärts zogen. Beim Hervorstrecken der Zunge, was übrigens nicht sehr leicht ging, bemerkte ich keine auffallende Erscheinung an der Fractur.

Was den Verlauf des Knochenbruches anbelangt, so fällt insbesondere die träge Heilung auf. Unter den günstigsten Umständen bei einem gesunden Individuum, bei der besten Pflege und Nahrung erfolgte nach 3 Monaten noch keine vollkommene Verknöcherung, wenig-

stens keine knöcherne Verbindung der Bruchflächen und es frägt sich, ob die vollständige knöcherne Vereinigung überhaupt erfolgt. Freilich hat in der letzten Woche die Festigkeit sehr zugenommen, aber doch nur mehr durch Ossification des Periostes. Es scheint doch, als ob die Bruchstelle selbst, die der gefässärmste Theil des Unterkieferknochens ist, der Grund jener Verzögerung des Vereinigungsprocesses gewesen sei.

Was den losegewordenen linken innern Schneidezahn betrifft, so glaube ich, dass er viel eher ausfallen als sich befestigen dürfte, da das necrosirte und abgestorbene Stück des Alveolarfortsatzes (siehe oben) sich in der Weise wohl nicht mehr ersetzen dürfte, dass es die entblösste Wurzel des Zahnes wieder decken wird, und selbst wenn dies auch geschähe, würde es sich doch gewiss nicht so fest an den Zahn anlegen, wie die normale Alveola.

II. Practische Beiträge aus dem Gebiete der Staatsarzneikunde.

Eine Vaterschaftsfrage.

Von **Dr. Philipp Goldberg** in Wien.

(Schluss.)

Nachdem 5 bis 6 Monate seit der Abreise des Kranken verflossen waren, bemerkte man, dass die Pastorsgattin schwanger sei. Das Suspensionsjahr war bereits längst abgelaufen und die Pastorsstelle war weder erledigt noch ordnungsmässig besetzt und die wenig bemittelte Gemeinde hatte nebst der auf halben Gehalt gesetzten Pastors-Familie noch einen Stellvertreter zu besolden. War nun die Gemeinde schon durch die lange andauernde Krankheit des ihr ohnehin sehr missliebigen und jetzt ihrer Aufmerksamkeit gänzlich entrückten Seelsorgers mehr hingehalten als besänftigt, so musste der Schwangerschaftszustand seiner Gattin das öffentliche Aergerniss um so mehr erwecken, als derselbe sich weit über das Jahr 1853 hinaus erstreckte und eine Zeitgrenze (nämlich den 21. Febr. 1854, mithin 9 volle Sonnenmonate nach der Abreise ihres Mannes) erreicht hatte, welche die öffentliche Meinung gegen sich hatte, und es der gegnerischen Partei möglich machte, diesen neuen Zuwachs der ohnehin schon zahlreichen und der Gemeinde nur zur Last fallenden Pastors-Familie für illegitim auszugeben.

Es handelte sich nun um die doppelte Frage, wann das schon so lange andauernde pastorenamtliche Provisorium eigentlich ein Ende nehmen werde, und, falls der Kranke nie mehr wieder functionsfähig werden sollte, ob dann für dessen zurückgelassene und nun so übel beleumundete Frau die Sustentationspflicht der Gemeinde obliege. Es wurde, um diesfalls eine Entscheidung zu erzielen, eine Beschwerde bei der geistlichen Oberbehörde eingereicht. — Mittlerweile wurde die Pastorsgattin am 23. Februar 1854 entbunden.

Am 31. März erhielt ich von Seite des evangelischen Seniorates zu *** ein amtliches Schreiben ddto: 13. März 1854 mit dem Ansuchen, mich darüber auszusprechen: 1) ob der Herr Pastor N. heilbar sei oder nicht; 2) ob unter allen hier obwaltenden Umständen eine Schwängerung der Frau N. durch ihren Gemahl möglich sei? —

Bezüglich der Heilbarkeitsfrage ersuchte ich das evangelische Seniorat sich an die in diesem Puncte allein competente k. k. Irrenhausdirection in Wien mit einem Quästionsschreiben zu wenden; über den zweiten Punct gab ich mein Gutachten wie folgt ab:

„1) Es handelt sich hier zuförderst um die unvermeidliche Vorfrage: War Herr Pastor N., abgesehen von seiner Geisteskrankheit, überhaupt zeugungsfähig? Ich kann aber dies weder entschieden affirmativ noch negativ behaupten; denn es ist bei dem heutigen Standpunct der Wissenschaft noch fraglich, ob *in foro medico* einem im mittleren Alter stehenden, gesunden Manne die Zeugungsfähigkeit mit Bestimmtheit zugesprochen werden könne; und zur entschieden negativen Beantwortung dieser Vorfrage gehören die beweisenden Resultate einer sorgfältigen, in wissenschaftlicher und gesetzlicher Form veranstalteten Untersuchung. Zu einer solchen hatte ich aber während meiner ärztlichen Behandlung des Herrn N. weder eine Veranlassung noch eine gerichtliche Aufforderung. Ich kann nur sagen, dass ich an Herrn N., soweit es die zu meinem Heilzwecke nöthig gewesene aufmerksame Beobachtung seiner animalischen Functionen und Besichtigung seiner äusseren Geschlechtswerkzeuge zeigte, an diesen keinerlei angebornen oder erworbenen organischen Fehler bemerkt habe, weshalb er mir, als ein wiewohl mässig ergrauter, jedoch sonst kräftiger wohlgenährter und wohlorganisirter Mann keinen hinreichenden Grund bietet, seine *potentia coeundi et generandi* als unwahrscheinlich anzunehmen.

2) Eine Geistesstörung an und für sich, so ferne sie nicht mit hochgradiger, körperlicher Herabgekommenheit und tiefem Kräfteverfall verbunden ist, hebt nach der Ansicht bewährter Fachmänner (Schürmeyer § 90) die Zeugungfähigkeit nicht auf und die Erfahrung bestätigt die Vererblichkeit der Geisteskrankheit der Erzeuger auf die Erzeugten. Im vorliegenden Falle war der Kranke nach einer 5monatlichen Leidensdauer keineswegs erschöpft oder abgemagert; keine seiner thierischen Verrichtungen und Bedürfnisse zeigte irgend welchen Rückgang; sie waren vielmehr regelmässiger als im Anbeginn der Krankheit; die untere Körperhälfte war nicht gelähmt, die Excretionen gehorchten dem Willen. — Es waren wohl derartige Tobsuchtsanfälle vorhanden, dass während ihrer Dauer eine Neigung zum Beischlaf nicht angenommen werden kann; doch waren auch lichte Zwischenräume da, in denen sein Geist nichts Krankhaftes darbot und bei Weitem überwiegend war die Anzahl jener ruhigen Tage, in denen bei gleichwohl gestörtem Geiste der Verkehr mit seiner Gattin das Gepräge selbstbewusster zärtlicher Zuneigung trug. Begünstigt von einem solchen Zeitraum, welcher eben die Transportation des Kranken nach Wien ermöglichte, war ein Beischlaf und eine Zeugung in physischer wie in psychischer Beziehung wohl möglich.

3) Was die Schwangerschaftsdauer anbelangt, ist Herr Pastor N. am 21. Mai 1853 abgereist, seine Frau kam aber am 23. Februar 1854, somit 278 Tage nach Abreise ihres Mannes nieder, mithin noch innerhalb der Grenze der normalen Schwangerschaftsdauer, für welche

die Wissenschaft 40 Wochen oder 280 Tage als Durchschnittsziffer annimmt.

4) Aus Anlass des 19 Tage nach der Geburt des Kindes datirten, überdies 18 Tage auf dem Wege gewesenen, mithin 37 Tage nach der Geburt des Kindes mir zugekommenen ämtlichen Anfrageschreibens des evangel. Seniorats wurde heute das nunmehr 40tägige weibliche Kind der Frau N. zur Constatirung seiner Reife oder Unreife von mir ärztlich untersucht, und es trägt jetzt alle Merkmale eines gesunden, lebhaften, seinem Alter gemäss entwickelten Kindes an sich. Es ist nämlich bei einem Gewichte von 9 Pfunden, 21 Zoll lang; der mit mehr als zolllangen Haaren reichlich besetzte Kopf misst in dem Durchmesser von vor- nach rückwärts 4½″, in der Quere 4″, vom Scheitel bis zum Kinn 5″; die vordere Fontanelle ist bohnengross, die rückwärtige kreuzergross; die Schulterbreite beträgt 5″, die Beckenbreite 4″ 3‴. Die Augen sind gross, vorstehend, hell, die Stimme kräftig, die Nägel gut entwickelt, die Haut reichlich mit Fett gepolstert, am Nabel ein trockenes, schwach roth glänzendes Vernarbungsmal. Es kann daher unter diesen Umständen mein Gutachten nur die Wahrscheinlichkeit aussprechen, dass dieses Kind in Anbetracht der seinem jetzigen Alter entsprechenden kräftigen Entwickelung, im Reifezustande zur Welt kam, indem unreif geborne Leibesfrüchte in ihren ersten Lebensmonaten im Allgemeinen noch den Eindruck der Schwächlichkeit machen und in dem gegebenen Untersuchungsresultate sich für die Annahme einer Frühgeburt kein hervorragend haltbares Motiv auffinden lasse. —

In der Zusammenfassung aller oben angeführten Gründe muss daher dieses Kind sowohl vom wissenschaftlichen als gesetzlichen Standpunct (allg. bürg. Ges. B. §138) als rechtmässig anerkannt werden.“

Der Pastor starb nach fast fünfzehnmonatlichem Aufenthalt in der Wiener k. k. Irrenanstalt (nach dem mir von Herrn Dr. Mildner gefälligst brieflich mitgetheilten Sectionsbefunde) an Lungen- und Gehirntuberculose.

III. Feuilleton.

Bemerkung zur Abhandlung des Herrn Dr. J. M. Huber über Dynamismus und Materialismus. *)

Die Abhandlung des Herrn Dr. Huber über Dynamismus und Materialismus hatte mich in solch ein Spannungsverhältniss versetzt, dass kaum noch ein Flimmerhärchen fehlte, und ich würde mich in einen Kampf über diese sublime Materie eingelassen haben, wenn ich mich nicht zu rechter Zeit noch des grossen Denkers Kant erinnert hätte, welcher den guten Rath gibt, über Dinge die ausserhalb des Kreises unserer Erfahrung liegen, nicht zu philosophiren. Es ist wahr, der Kampf über Dynamismus und Materialismus ist noch nicht entschieden, er wird auch schwerlich je zur Entscheidnng kommen. Wir wissen uns noch viele Erscheinungen in der Materie nicht zu erklären und müssen zu dem nichtssagenden Worte Kraft, zu Spannungsverhältnissen, zu Flimmerhärchen unsere Zuflucht nehmen, ungeachtet wir die Materie vor Augen haben und nach allen Dimensionen sie betrachten können. Was sollen wir von dem unsichtbaren Dynamismus sagen? nachdem wir nur die Erscheinungen, aber nicht die Dinge an sich zu erkennen vermögen, folglich über das Wesen derselben *a priori* nichts mit Gewissheit angeben können. Irre ich nicht, so involvirt die scharfsinnige Besprechung des Herrn Dr. H. die Frage: Besteht der Mensch nur aus Materie? oder aus Geist und Materie? Die Beantwortung derselben, welche von jeher so viele Philosophen beschäftigt hat, gehört weder auf den Secirtisch noch unter das Microscop; sie streift hinüber in das Gebiet der Philosophie, woselbst wir auch noch nicht zu apodictischer Wahrheit gelangen und zur Religion innerhalb der Grenzen der Vernunft angewiesen werden. Ein Blick in das grosse Reich der Natur gewährt nur einen Funken beruhigenden Halbdunkels. Die ganze Thierwelt, selbst jene Thiere, die mit Nerven und Blut, wie Herr Dr. H. sagt, mit den grossen Trägern des Lebens und den Gegensätzen der Leiblichkeit, versehen sind, stehen noch heute auf derselben Entwicklungsstufe wie sie am fünften Tage der Schöpfung gestanden. Nichts ist bei ihnen vollkommener geworden. Die Schwalbe bauet noch ihr Nest wie im jungen Schöpfungsjahre, der Biber zimmert noch sein Haus wie sein Urahn, der Schneidervogel nähet noch sein Blätternest wie vor grauer Zeit, und die Lerche singt heute noch dasselbe Lied welches sie sang, als Aurora mit ihren Rosenfingern das erstemal zu singen sie auffordete. Der Mensch allein ist, seitdem ihn der Schöpfer aus seiner Hand gelassen hat, durch ein ihm eigenes, sich selbst bewusstes, von allen übrigen organischen Wesen ihn auszeichnendes Vermögen, ein ganz Anderer, ein Vollkommenerer geworden. Dieses den Thieren mangelnde Vermögen nennen wir Perfectibilität, die Gegner des Materialismus dürften es Dynamismus heissen. M. Horschetzky, M. Dr.

Gr. Kanischa, am 29. November 1858.

*) Oest. Zeitschr. für pract. Heilk. Nr. 46 vom 12. Nov. 1858.

V. Analekten und Besprechung neuer medicinischer Bücher.

A) Besprechung neuer medicinischer Bücher.

Die Verderbniss der Zähne und ihre Behandlung. Allgemein verständlich dargestellt von M. zur Nedden. Erlangen 1858. 8. 48 S. mit 3 lithogr. Tafeln. — Besprochen von Dr. M. Heider.

Ein kleines gut geschriebenes Schriftchen, welches Zeugniss gibt, dass der Verfasser gründliche Studien auf dem Gebiete jenes Faches macht, dem er sich in der Praxis widmet. Was der Verfasser in der Einleitung von der Indolenz sagt, welche in allen Schichten der Bevölkerung in Betreff der Zahnkrankheiten herrscht, gilt nicht blos für Nürnberg. Dass an dieser Indolenz nicht das Publicum allein, sondern auch jene Personen, welche sich Zahnärzte nennen, Schuld tragen ist ganz richtig. Die Darstellung ist klar und bündig, und gibt die Resultate der neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde. Soweit wären wir mit dem Verfahren ganz einverstanden.

Was aber den in der Vorrede ausgesprochenen Zweck anbelangt, den Laien einen klaren Blick in die obwaltenden Verhältnisse zu verschaffen, so scheint uns derselbe nicht erreicht. Der Laie steht im Allgemeinen nicht auf jener Stufe der Bil-

dung, um solche anatomisch pathologische Detailstudien im Interesse seiner Gesundheit zu machen, nur der Erfolg der unternommenen Behandlung kann diese zur Geltung bringen und auf die Ansicht des Publicums einen bestimmenden Einfluss ausüben. Dieser Zweck wäre aber nur durch die practischen Bemühungen unserer Fachgenossen und da nur nach jahrelangen Anstrengungen zu erreichen. Bis dahin dürfte es aber Manchem der Letzteren sehr erspriesslich sein, das kleine Schriftchen durchzulesen, denn wir sind überzeugt, dass es noch sehr viele Collegen in unserem deutschen Vaterlande gibt, denen die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde eine *terra incognita* sind, und es wäre viel dringender geboten, diese zu unterrichten, als das durch die popularisirte Medicin ohnedem schon ganz confus gewordene Publikum.

Die Kohlendunstvergiftung, ihre Erkenntniss, Verhütung und Behandlung. Eine monographische Skizze zum Gebrauche für ausübende Aerzte, Medicinalpolizeibeamte und Gerichtsärzte, verfasst von Dr. Fr. J. Siebenhaar, k. sächs. Medicinalrathe und Dr. Fr. G. Lehmann, Prosector bei der k. chirurg. Academie zu Dresden. Dresden 1858. Verlag von Adler und Dietze. 159 S. gr. 8. — Bespr. von Assist. Dr. Folwarczny.

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung, bespricht ein längeres Capitel: Ursprung, Zusammensetzung und physicalisch-chemische Eigenschaften des Kohlendunstes. Es folgt die Aufzählung der Symptome, welche die Einwirkung des Kohlendunstes hervorruft. Zum Vergleich dienen hier Experimente an Thieren. Die pathol.-anatomischen Veränderungen in Folge der Kohlendunsteinwirkung sind in einem eigenen Abschnitt abgehandelt und zwar nach dem gefällig mitgetheilten Urtheil eines Fachmannes ebenso genau als erschöpfend. Hieran reiht sich eine Betrachtung über das Wesen der Kohlendunsteinwirkung und dies in zweifacher Richtung, gemäss den Erscheinungen einer krankhaften Entmischung des Blutes, und jenen einer acuten Gehirnnarcose mit dem Ausgang in Nervenlähmung.

Ein weiteres Capitel ist der Therapie gewidmet, deren nächste Indicationen bestehen in Anregung der Athmung und Blutcirculation sowie in Bekämpfung der vom Blut aus bedungenen Narcose des Gehirnes.

Unter den innern Mitteln wird dringend starker Caffeeaufguss empfohlen. Nachdem die Erscheinungen nach der Wiederbelebung, die Nachkrankheiten zur Sprache kommen, folgen Bemerkungen über die Verhütung der Kohlendunstvergiftung und eine Publication des kön. s. Ministeriums d. I. über die Lebensgefahr der Kohlendämpfe, als eines der wenigen Präventiv-Mittel, welche der Medicinalpolizei zu Gebote stehen. Den Schluss machen die Angabe der Verhältnisse, welche die Wirkungen des Kohlendunstes modificiren (so die individuelle Disposition, Gewohnheit verpesteter Atmosphäre u. dgl.) und eine Reihe von gerichtlich-medicinischen Untersuchungen.

Der Herr Verfasser hat sein Materiale mit vielem Fleisse und grosser Genauigkeit zusammengetragen; 156 Citate geben davon Zeugniss, es ist dieses Werk hierdurch das umfassendste, was über den gewählten Gegenstand vorliegt, und es werden darin ausübende Aerzte, Medicinalpolizeibeamte und Gerichtsärzte, zu deren Gebrauch es zunächst bestimmt wurde, die sichersten Anhaltspuncte für ihr Verfahren und ihre Amtshandlungen finden.

Druck und Ausstattung lassen nichts zu wünschen übrig.

B) Analekten.

Aus dem Gebiete der Therapie.

Behandlung von Neuralgien mit narcotischen Injectionen, besprochen von Dr. Wood in der Jahresversammlung der Aerzte in Edinburgh. Dr. W. bedient sich zu den Injectionen der von Ferguson construirten Aneurysmennadel zum Behufe der Einspritzung von Eisenperchlorid bei Aneurysmen. Den ersten Versuch machte er mit der Injection einer weinigen Morphinlösung bei einer 80jährigen Frau, welche an einer Cervico-Brachialneuralgie litt. Er führte da die Nadel in den vom Schlüsselbein und Acromion gebildeten Winkel ein, wo sich die empfindliche Stelle befand. Fünf Minuten nach der Application wurden die Augen injicirt wie die eines Betrunkenen und die Patientin klagte über Eingenommenheit des Kopfes. Bald darauf schlief sie ein und erwachte, geweckt, erst nach 10 Stunden. Sie hatte 30 Tropfen der Morphinlösung bekommen. Dr. W., welcher seitdem diese Methode in einer bedeutenden Menge von Fällen anwendete, legt bei dem Gebrauche der Nadel besonderes Gewicht darauf, dass dieselbe nicht an jener Stelle applicirt werde, wo der Patient über den Schmerz klagt, sondern an jenem Puncte, wo man den Schmerz durch Druck während der Intermission hervorrufen kann. Die Art der Wirkung erklärt W. theils dadurch, dass die Injection der narcotischen Lösung mittelst der Nadel in das den Nerven umgebende Zellgewebe den Nerven unmittelbar afficirt, theils durch ihre Aufnahme in das Gefässsystem. W. empfiehlt gehörige Vorsicht bei dieser Behandlungsweise in Bezug auf die dabei häufig vorkommenden gastrischen Störungen, in Bezug auf zu heftige Wirkungen bei alten Leuten, und individuelle Verhältnisse des Patienten z. B. Vorhandensein eines Parasiten als Ursache des Schmerzens. Das Instrument besteht aus einer graduirten kleinen gläsernen Spritze, woran eine hohle Nadel befestigt ist, welche eine Oeffnung bei ihrer Spitze hat, gleich dem Stachel einer Wespe. Ist die empfindliche Stelle ermittelt, wird die gefüllte Spritze kräftig so tief hineingedrückt, dass sie den Nerven erreiche; wenn der Stempel zurückgeschoben ist, ist die Entleerung geschehen. Blutung erfolgt nicht; bisweilen zeigt sich eine Urticariaähnliche Röthe um die Wunde. *(Brit. med. Journ. 1858, Nr. 87.)*

Ueber die Abortivbehandlung der Phlebitis mittelst fliegender Vesicatoires machte Nonat in Paris in der Gesellschaft für Medicin nachstehende Mittheilungen. Obgleich wir sehr bestimmte Kenntnisse über die Ursachen, die Erscheinungen, den Verlauf, die Ausgänge und den anatomischen Charakter der Venenentzündung besitzen, so ist diess doch bei der Therapie derselben nicht der Fall. Die Blutentziehungen, erweichende Mittel, Mercurialeinreibungen, ungeachtet sie rationellen Grundsätzen entsprechen, lassen dennoch oft genug im Stiche. Dies geschieht aber in weit minderem Grade bei jenem Mittel, welches schon Dupuytren, Delpech, und Velpeau beim *Erysipelas phlegmonosum* empfohlen haben, nämlich bei der Application grosser fliegender Vesicatoires in der ganzen Ausdehnung der erkrankten Fläche, welches erst Nonat bei Phlebitis an äusseren Theilen insbesondere bei der in Folge von Aderlässen, dann während der Reconvalescenz von Typhus wiederholt mit gutem Erfolge angewendet hat; diese Behandlung macht auch zugleich das oft vergeblich bekämpfte Oedem besonders der unteren Extremitäten bei Phlebitis dauernd verschwinden. In 4 Fällen von Ph.

nach Aderlässen leistete die Application von Vesicatoires nach dem ganzen Verlaufe der entzündeten Vene eben so rasche als dauernde Hilfe. Ein Oedem der unteren Extremität in Folge von Entzündung der Venen schwand unter dem Gebrauche der wiederholt aufgelegten Blasenpflaster auf der ganzen ergriffenen Fläche binnen einem Monate gänzlich, ohne dass die Kranke nachträglich einen Schnürstrumpf zu tragen nöthig hatte. *(Gaz. hebd. 1858, Nr. 27.)* S.

VI. Personalien, Miscellen.

Notizen.

In der am 28. Decbr. l. J. stattgefundenen Plenarversammlung hielt Dr. J. Moos einen freien Vortrag über Scharlach, in welchem er nach einer theoretischen Entwicklung des ganzen Krankheitsprocesses und seiner verschiedenen Uebergänge, einer kühlen Behandlung, namentlich zweckmässig angestellten kalten Waschungen und Begiessungen das Wort sprach. Der ganze sehr zeitgemässe Vortrag erregte allgemeines Interesse und gab zu einer lebhaften Discussion Anlass, deren Verfolg wir nächstens ausführlicher mittheilen werden.

Die Gesundheitsverhältnisse Wiens gehen mit dem Schlusse des Jahres offenbar der Besserung entgegen. Der Krankenstand nimmt im allgemeinen sowohl in als ausser den Spitälern etwas ab, so dass er bald die um diese Zeit gewöhnliche Höhe nicht übersteigen dürfte. Der Typhus hat seinen epidemischen Charakter verloren, daher wir von heute ab keine Detailberichte darüber mehr bringen werden. Magen und Darmcatarrhe sind noch immer häufig, Bronchialcatarrhe und Lungenentzündungen nehmen zu. Scharlach und Blattern erhalten sich in ihren bisherigen Verhältnissen. Die Bewegung der Typhuskranken in den Spitälern war während der letzten Woche folgende:

	geblieben	aufgen.	genes.	gestorb.	bleiben
im k. k. allg. Krankenhause	618	35	149	21	483
im k. k. Krankenh. Wieden	247	11	76	3	179
im Spit. der barmh. Brüder	36	5	18	—	23
— d. brmh. Schwestern in Gumpendorf	32	8	7	1	32
— d. brmh. Schwestern in d. Leopoldstadt	34	2	2	1	33
— d. Elisabethinerinnen	39	9	9	—	39
Zusammen	1006	70	261	26	789

Seit Beginn der Epidemie wurden in sämmtlichen Spitälern 2287 Typhuskranke aufgenommen, von denen 1172 genasen, 326 starben und 789 verblieben.

Nach den letzten von den Privatärzten eingelangten Rapporten waren bis 20. Decbr. 3589 Typhuskranke ausser den Spitälern behandelt, von denen 2416 genasen, 308 starben und 865 in Behandlung verblieben, welche letztere Zahl seit dem wohl auch sehr abgenommen haben dürfte, so dass unsere gleich im Beginne ausgesprochene Ansicht über die geringere Wichtigkeit dieser Epidemie schon jetzt ihre Bestätigung findet.

— Aus dem vor Kurzem veröffentlichten Ausweis über die Leistungen der Spitäler der deutschen und ungarischen Ordensprovinz der barmherzigen Brüder entnehmen wir, dass in den 29 der Pflege dieses frommen Ordens vertrauten Heilanstalten in der Zeit vom 1. November 1857 bis letzten October 1858 ohne Unterschied der Religion 21,436 Kranke behandelt wurden, von denen allein auf das hiesige Spital 3719 entfallen.

Personalien.

Prof. und Primararzt Dr. Jäger jun. erhielt von dem Ministerium des Innern die Erlaubniss auf seiner Abtheilung für Augenkranke im k. k. allgem. Krankenhause, am Krankenbette dociren zu dürfen.

— Die Habilitirung des Dr. Julius Klob als Privat-Docent der pathologischen Anatomie an der Wiener Hochschule erhielt die behördliche Genehmigung.

— Zum Assistenten der geburtshilflichen Klinik für Aerzte in Prag wurde Dr. Breisky, zum Assistenten der Lehrkanzel für Staatsarzneikunde Dr. Illem und zum ersten Prosector und Assistenten der Anatomie Dr. Wessely ernannt.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Transferirt wurden: OA. Dr. Cäsar Polloni vom 19. Inf.-Rgt. z. GSp. in Pest und UA. Richard Ardelt vom 3. Jäg.-Bat. z. 39. Inf.-Rgt.

Erledigte Stellen.

Zur Besetzung der Lehrkanzel der theoretischen und practischen Geburtshilfe an der chirurg. Lehranstalt zu Clausenburg, mit welcher ein jährlicher Gehalt von 945 fl. Oe.W. verbunden ist, wird der Concurs bis 20. Jänner 1859 eröffnet. Bewerber um diese Stelle haben ihre documentirten, insbesonders mit dem Nachweis über die Kenntnisse der Landessprachen (deutsch, ungarisch und romänisch) belegten Gesuche bei der k. k. Statthalterei in Hermanstadt zu überreichen.

— Zufolge Erlasses des h. k. k. Finanz-Ministeriums sind im Bereiche der k. k. Berg-, Salinen-, Forst- und Güterdirection zu Marmaros Szigeth für das provisorisch neu organisirte Sanitätswesen ihres Amtsdistricts folgende Stellen zu besetzen:

a) eine Districtsphysicusstelle zu Szigeth in der 8. Diätenclasse, mit dem jährlichen Gehalte von 900 fl. Oe. W., dem Genusse einer Dienstwohnung oder in deren Ermanglung eines 15 pCt. des Gehaltes betragenden Quartiergeldes, ferner mit dem Salzdeputate jährlicher 200 Pfd. und einem Naturaldeputat zur Haltung zweier Pferde.

b) 8 Werkarztesstellen mit den Dienstorten zu Bocsko, K. Monaszek, Szlatina, Sugatay, Königsfeld, Körösmezö, Raho u. Bisso, jede in der 10. Diätencl. Hievon 4 Stellen mit dem Jahres-Gehalte von 500 fl. und 4 mit dem Jahresgehalte von 450 fl. Oe. W., dem Gratis-Salzbezuge von jährl. 150 Pfd., dem Genusse einer Dienstwohnung oder 10procentigem Relutum und dem Deputate für ein Dienstpferd.

Jedem der 9 Aerzte wird auf Verlangen eine festgesetzte Menge Weizen und Brennholz zum Hausbedarf gegen Vergütung der vollen amtlichen Gestehungskosten jährl. verabfolgt.

c) Neun Hebammenstellen, davon 8 in den Dienstorten der 8 Werksärzte und eine in Kobolapojana, 5 derselben mit einem jährlichen Gehalte von 150 fl. und 4 von 200 fl. Oe. W., sämmtlich ohne Provisionsfähigkeit. Gesuche um diese Stellen sind bis 25. Jänner 1859 bei der k. k. Berg-, Salinen-, Forst- und Güter-Direction zu Marmaros Szigeth einzureichen.

— Im Markte Gr. Kikinda ist die Stelle eines Gemeinde-Thierarztes mit einer jährlichen Besoldung von 420 fl. Oe. W erledigt. Bewerber um diese Stelle haben ihre documentirten Gesuche bis 25. Jänner 1859 bei dem k. k. Bezirksamt in Gr. Kikinda einzubringen.

— Am Thierarzneiinstitute zu Mailand ist zufolge der Organisation vom 16. Juli 1857 die Stelle eines Assistenten der practischen Thierheilkunde mit dem jährlichen Gehalte von 525 fl. Oe. W., ferner die neu systemisirte Professur der Naturgeschichte, Diätetik, der Lehre von den Racen der Hausthiere, der Pharmacognosie, *Materia medica*, Receptirkunde, Geburtshilfe und Staats-Veterinärkunde mit dem jährlichen Gehalte von 1260 fl. Oe. W. und dem Vorrückungsrechte um 210 fl. alle 10 Jahre, sowie mit Naturalquartier, ohne Ablegung einer Concursprüfung zu besetzen. Die betreffenden belegten Gesuche sind binnen sechs Wochen beim Directorate des Thierarzneiinstituts in Mailand einzureichen.

Diejenigen P. T. Herren Pränumeranten, deren Pränumeration mit Ende dieses Monats abläuft, werden ersucht, dieselbe baldmöglichst zu erneuern, und die Pränumerationsbeträge an das Redactions-Bureau (Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761) portofrei einzuschicken, damit in der Versendung der Zeitschrift keine Unterbrechung stattfinde. Die Redaction.

Druck der typogr.-lit.-artist. Anstalt (L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.) in Wien.



Hierzu Titel und Inhalt.